



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO [2018-2019]
MAYO 2019

TÍTULO:

**SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE
REFUGIADA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AUTORA:

ALEXANDRA MOLINO VERA

TUTOR:

JOAN MARTÍ MONTANER LOSADA

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.	2
3.	OBJETIVO.	5
4.	METODOLOGÍA	5
5.	RESULTADOS	8
	5.1 Estrés postraumático.	8
	5.2 Depresión.	10
	5.3 Ansiedad.	11
	5.4 Otros trastornos detectados.	13
	5.5 Diferencias entre países.	14
6.	DISCUSIÓN	15
7.	CONCLUSIÓN	17
8.	REFERENCIAS	19
9.	ANEXOS.	21

1. RESUMEN

Introducción: La salud mental de la población infantil y adolescente refugiada se ve deteriorada de un modo importante debido a las experiencias vividas. Tras su llegada a los diferentes países del mundo, la salud mental se atiende de forma diferente en cada uno de ellos.

Objetivos: El objetivo principal es comparar el impacto que tienen los conflictos bélicos en la salud mental de los menores refugiados entre los diferentes países del mundo. Los objetivos secundarios son averiguar los trastornos mentales más comunes y definirlos.

Metodología: Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Web of Science, CINAHL y Science Direct de artículos publicados entre 2009 y 2019. Los sujetos a estudio son los menores refugiados. De los estudios seleccionados, se extrajeron y analizaron los siguientes datos: tipo de trastorno mental, población a estudio, país de origen y acogida e intervenciones psicosociales.

Resultados: Se seleccionaron 9 artículos para la revisión. El trastorno mental más prevalente es el trastorno de estrés postraumático, seguido de la depresión y la ansiedad. Existe un mayor riesgo de impacto en la salud mental de las chicas, así como en aquellos menores que hayan vivido experiencias traumáticas a lo largo de su viaje. En países de Europa y América del norte existe más prevalencia de trastornos mentales que en Canadá.

Conclusiones: Las enfermedades mentales más prevalentes son trastorno de estrés postraumático, depresión y trastornos de ansiedad. Es importante realizar labores de prevención durante las fases prebélica y sobre todo post-bélica. El país con mejores políticas de acogida y que debería tomarse como referencia es Canadá. Es esencial que estos problemas se aborden lo antes posible. A pesar de que se ha avanzado bastante en este campo, se necesita más investigación.

PALABRAS CLAVE: salud mental; refugiados; infantes; adolescentes; trauma; trastorno de estrés postraumático; ansiedad; depresión

ABSTRACT

Introduction: Mental health in child and adolescents refugees is severely deteriorated all around the world because of the traumatic experiences they are exposed to. After their

arrival to the different countries of the world, mental health in these minors is not assessed the same way in each of the countries.

Objective: The main objective is to compare the impact of war conflicts in terms of mental health prevalence. Secondary objectives are finding out the most common mental health issues and defining them.

Methodology: Literature review carried out in databases such as Pubmed, Web of science, CINAHL and Science direct. The studies selected were published between 2009 and 2019. The population of this study are the refugee minors. Out of the studies selected, the following data was analysed: mental health disease, population, country of origin, host country and psychosocial interventions.

Results: Nine studies were finally selected for the review. The most common mental health disease is post-traumatic stress disease, followed by depression and anxiety. Impact in girls' mental health is much bigger than it is in boys'. Also, minors who have lived more traumatic experiences along their journey have more risk to suffer this kind of diseases. In countries of Europe and North America there's way more prevalence of mental health diseases than in Canada.

Conclusion: The most common mental health issues are post-traumatic stress disease, depression and anxiety. It is important to prevent these diseases during prewar and postwar stages. The country with best host politics is Canada and it should be taken as a reference for the rest of the countries. Further investigations are needed even though there are already some regarding this issue.

KEY WORDS: mental health; refugee; children; adolescents; trauma; post-traumatic stress disease; depression; anxiety.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La definición de salud mental es amplia y distinta dependiendo del lugar en el que se consulte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por otro lado, la definición que Doyal (2) da a la salud mental es que ésta se mantiene cuando un sujeto cuenta con la capacidad para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad que tiene para obtener los

recursos necesarios para el logro de dichos proyectos, y que esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad.

No obstante, no se puede hablar de salud mental sin mencionar la enfermedad. Ésta es un concepto negativo ya que supone, como se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition* (DSM-V) (3), una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo. Normalmente los trastornos mentales van asociados a un estrés o una discapacidad de tipo social, laboral o de otras actividades importantes.

Cuando se habla de enfermedad en salud mental, se habla de personas con algún tipo de trastorno mental, ya sea este grave o severo. Aquellas personas que los padecen se ven a su vez afectadas por las condiciones sociales que les rodean, las oportunidades que les ofrece el medio donde están para desarrollarse, el apoyo económico o la ausencia de este... Así mismo, también afectan otras variables como son la edad, el sexo, el género, la existencia de otro tipo de enfermedades y la clase social a la que pertenezcan, entre otros(4). Es por esto por lo que solo se podrá tratar la enfermedad mental y promover la salud mental si es posible crear las condiciones óptimas para que los sujetos puedan vivir en bienestar y puedan elaborar y llevar a cabo un proyecto de vida alcanzable, satisfactorio y productivo, según la OMS (5).

Teniendo todo esto en cuenta, cuando se añade la posibilidad de que estas personas se encuentren en un contexto ajeno al suyo como puede ser que se encuentren en situación de migración (se ha optado por el término migración en lugar de emigración para aquellas personas que salen de su país e inmigración para aquellos que entran a un país nuevo) por la imposibilidad de quedarse en su país de origen, la posibilidad de sufrir algún tipo de trastorno mental se acentúa.

Pero ¿qué diferencia hay entre ser migrante y ser refugiado? El Comité español de ACNUR (6), la Agencia de la ONU para los Refugiados, define que los migrantes son personas que han salido de su país de origen en busca de oportunidades laborales. En ocasiones, provienen de países en pobreza extrema y pueden llegar a jugarse la vida para entrar en un país con el fin de trabajar. A diferencia de éstos, los refugiados son personas que huyen de conflictos armados, violencia o persecución y se ven, por lo tanto, obligadas a cruzar la frontera de su país para buscar su seguridad o la de su familia.

Estos últimos años han estado caracterizados por una gran crisis de refugiados que ha traído consigo numerosas repercusiones en la salud mental de estas personas. En concreto,

ha tenido un gran impacto en la salud mental de niños/as y adolescentes, quienes han tenido que huir de sus países de origen con sus familias, y en ocasiones solos, teniendo que enfrentarse a los desafíos de llegar a un país completamente distinto al suyo y en muchas ocasiones, con otro idioma que no saben hablar.

Es importante destacar la gran vulnerabilidad de estos niños y niñas ante posibles mafias que los utilizan como esclavos/as laborales o sexuales, afectando de forma permanente en su salud, tanto física como mental. Según un informe publicado por UNICEF (7) en septiembre de 2016, en torno a unos 50 millones de niños en todo el planeta han sido obligados a desplazarse de forma forzosa, siendo tan vertiginoso el aumento en los últimos diez años que el número de niños refugiados en 2015 era el doble que en 2005. La vulnerabilidad en la infancia y adolescencia ante este tipo de situaciones ha sido puesta de manifiesto por asociaciones que trabajan con ellos como *Save the Children* (8) quienes han publicado un informe donde se señala que uno de cada cuatro niños en Siria está en riesgo de padecer una enfermedad mental; agravándose el impacto en los migrantes menores de cuatro años, cuya cifra se ha incrementado un 41% desde el 2000 hasta el 2015.

Además, se ha descubierto mediante un estudio de cohortes basado en registros a nivel nacional en Dinamarca, publicado en la revista *European Child and Adolescent Psychiatry* (9) que los niños no acompañados experimentan una mayor incidencia de cualquier trastorno psiquiátrico y neurótico, por lo tanto, se necesitan estrategias para abordar las necesidades sociales y de salud mental específicas de los menores no acompañados.

Debido a que los niños, niñas y adolescentes presentan una gran probabilidad de presentar problemas psicosociales durante el periodo de reasentamiento, es esencial que los exámenes de salud mental se realicen durante cada visita al centro de Atención primaria de referencia, así como por parte de los profesionales que trabajan con ellos durante su adaptación en el país de acogida y que haya una unanimidad entre todos los profesionales que traten con esta población para la posible detección precoz de trastornos mentales, como exponen desde UNICEF (10). Según informa un artículo publicado en la revista *Archives of Disease in Childhood* (11), los factores estresantes a los que se exponen estos refugiados pueden dividirse en tres fases: la primera, mientras se encuentran en su país de origen; la segunda cuando están de camino hacia el país de acogida; y por último, cuando llegan al país donde se refugiarán. Según un estudio realizado por la *European Society of Child and Adolescent Psychiatry* (9) en cuanto al

impacto en la salud mental de los infantes y adolescentes refugiados, los trastornos mentales más comunes son el síndrome de estrés post traumático, la depresión y la ansiedad.

Dado que la atención que estos adolescentes, niñas y niños reciben es diferente dependiendo del país o continente de acogida en el que se instalen debido a las diferencias en atención sanitaria entre países (destacables entre en Estados Unidos, Canadá y Europa), observando un ejemplo claro en el artículo publicado por Mónica de Celis Sierra (12), en el que se exponen las diferencias en atención sanitaria que recibe un refugiado en Canadá a uno en Alemania, se entiende por ello que la adaptación a la nueva vida en dicho país también será diferente por parte de estos individuos y, por lo tanto, ¿serán los posibles trastornos mentales que estos niños, niñas y adolescentes sufran diferentes también dependiendo del país de acogida?

3. OBJETIVOS.

Objetivo principal: Comparar el impacto que tienen los conflictos bélicos en la salud mental de la población infantil y adolescente refugiada entre los diferentes países del mundo.

Objetivos específicos:

- Averiguar cuáles son los trastornos mentales más comunes en la población refugiada infantil y adolescente.
- Definir estos trastornos mentales.

4. METODOLOGÍA

Planteamiento metodológico: El tipo de estudio que se ha llevado a cabo es una revisión bibliográfica, para la cual se han utilizado como referencia artículos científicos publicados en las bases de datos PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCIENCE DIRECT y CINAHL. Por otro lado, otro buscador utilizado ha sido GOOGLE SCHOLAR, donde algunos de los estudios encontrados han sido de gran ayuda para la revisión bibliográfica. Dicha búsqueda fue realizada entre los meses de enero, febrero y marzo de 2019.

Además, se han revisado algunas referencias bibliográficas que aparecían dentro de los artículos encontrados, añadiendo sólo aquellos que cumpliesen los criterios de inclusión y se han utilizado libros encontrados en la biblioteca de la Universidad de Alicante.

Sujetos a estudio: En este estudio la población diana son los niños, niñas y adolescentes refugiados en países alrededor de todo el mundo.

Descriptores de búsqueda: Los términos del tesauro de *PubMed-MeSH (Medical Subjects Heading)* utilizados para cada uno de los términos principales fueron:

-Infantes/Adolescentes: *children, adolescent, young adult, minor*

-Refugiados: *refugee, asylum seeker OR unaccompanied minor*

-Trauma: *trauma, war trauma, psychological trauma, secondary trauma*

-Salud mental: *mental health, mental disorder, post-traumatic stress disorder, depression OR anxiety*

Combinados entre sí con los operadores booleanos AND, OR y NOT de forma que, para definir la población diana del estudio se utilizaban todos los términos relacionados con: *refugiados AND infantes/adolescentes* más los términos relacionados con: *trauma OR salud mental* de forma que la combinación final de la búsqueda sería:

Refugee children/adolescent's trauma OR refugee children/adolescents's mental health

En la **Tabla 1.** se muestra un resumen de las ecuaciones de búsqueda utilizadas para la búsqueda de artículos, necesaria para realizar este trabajo. Dicha tabla, cuenta con una relación de las bases de datos utilizadas, la ecuación de búsqueda usada en cada una de ellas (compuesta por los descriptores de búsqueda) y los años de publicación de los estudios a los que se ha acotado la búsqueda.

Variables:

1. Distintos tipos de alteraciones mentales que se producen en la salud mental de los infantes y adolescentes.
2. Edad de la población: infantes (1-13 años), adolescentes (14-18 años).
3. Sexo (masculino o femenino)
4. País de procedencia
5. País de acogida
6. Intervenciones psicosociales.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión aplicados han sido artículos en inglés, español e italiano publicados entre los años 2009 y 2019 que hablen sobre la salud mental de los refugiados infantiles (1-13 años) y adolescentes (13-18 años) que ya se encuentren en los países de acogida. Además, solo se incluyeron los estudios que informan estadísticamente sobre el criterio de validez y aquellos que incluían la validez de las herramientas que evalúan el trauma y /o trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad o la salud mental en general.

En cuanto a los criterios de exclusión se desecharon todos aquellos estudios en los que la población se encontraba aun en los campos de refugiados, así como aquellos que tratasen o no descartasen de su estudio a población con trastornos mentales que existían previamente a ser refugiados.

Método de selección de artículos

Los estudios fueron elegidos con una estrategia de selección que puede diferenciarse en tres fases distintas:

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos y con los descriptores anteriormente mencionados, así como una selección a partir de las referencias de algunos de los artículos seleccionados para localizar algunos estudios que no se hubiesen hallado con anterioridad.

Tras dicha búsqueda, fueron eliminados todos aquellos artículos duplicados, que no cumplieran los criterios de inclusión o que cumplieran los de exclusión, tanto a través de la lectura del título como del resumen.

Por último, se realizó una lectura crítica completa de aquellos estudios que se consideraron relevantes para la realización de la revisión bibliográfica.

Todos los estudios seleccionados fueron sometidos a una evaluación del riesgo de sesgo siguiendo el Manual Cochrane. Así mismo se optó por la aplicación de la herramienta AMSTAR para evaluar la calidad metodológica de las revisiones bibliográficas incluidas en los estudios finalmente seleccionados.

En la **Figura 1.** se muestra un diagrama de flujo acerca de la metodología que se ha seguido para la selección de los estudios utilizados para la siguiente revisión bibliográfica.

5. RESULTADOS

Los resultados en la primera búsqueda fueron de un total de 998 artículos entre todas las bases de datos. De esta primera búsqueda, fueron retirados 252 artículos ya que estaban duplicados. De los 746 artículos restantes tras un primer cribaje leyendo los títulos y objetivos de todos los artículos, se excluyeron 652 por no cumplir los criterios de inclusión. Tras este, se realizó un segundo cribaje en el que se leyeron y revisaron los resúmenes de los 92 artículos que quedaban de los cuales 9 artículos fueron seleccionados como finales, con los que se ha realizado la revisión bibliográfica, por cumplir todos los criterios (ver **Figura 2.**).

El número de estudios obtenidos en la búsqueda es bastante limitado, esto es debido a que los países de acogida han realizado pocos estudios en cuanto a los trastornos mentales de los refugiados, y más concretamente en los infantes y adolescentes. En cuanto a la tipología de los estudios, se han incluido seis estudios transversales, un estudio longitudinal, un estudio de cohortes y una revisión sistemática. (ver **Tabla 2.**)

Cada uno de estos estudios, atendía diferentes trastornos mentales de manera específica o hablaba de los más comunes entre la población estudiada. Los trastornos mentales más comunes, mencionados al menos una vez en cada uno de los artículos, son: **estrés postraumático**, **ansiedad** y **depresión**; siendo el primero de éstos el repetido en todos ellos, aunque cabe destacar que otros trastornos de tipo afectivo y conductual fueron detectados. Por tanto, para realizar este análisis, se describen brevemente las características de cada uno de los artículos seleccionados en esta revisión siguiendo una clasificación por trastornos. (ver **Tabla 3.**)

5.1 Estrés postraumático.

Tres de los nueve artículos en esta revisión bibliográfica estudian el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como principal trastorno mental en los infantes y adolescentes refugiados.

En el caso del estudio llevado a cabo por **Bronstein et. al.** (13), por ejemplo, se realiza un estudio transversal a un grupo de adolescentes masculinos de origen afgano, refugiados en Reino Unido que no estaban acompañados o que habían sido separados de

sus padres y que por lo tanto, buscaban solos asilo en este país, para detectar el trastorno mental más común entre esta población.

Dicho estudio, se llevó a cabo rellenando los cuestionarios *The Stressful Life Events Questionnaire (SLE)* y *The Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire (RATS)* desde sus casas de acogida u orfanatos, para una sensación de menor estrés durante su cumplimentación.

Tras el análisis de datos de estos cuestionarios, se concluyó que aproximadamente un tercio de los niños sufrían estrés postraumático debido a la exposición de experiencias traumáticas, que se dan en su mismo país de origen y a lo largo de todo su trayecto hasta el país de acogida.

A diferencia del estudio anterior, el estudio realizado por **Jakobsen et. al.** (14) fue realizado en Noruega, sin embargo tienen muchas similitudes. En este caso también se trata de un estudio transversal que se realizó a adolescentes masculinos, sin embargo en este caso, los participantes debían proceder de Afganistán y Somalia.

Las entrevistas se realizaron de forma semiestructurada y a través de ordenadores táctiles con un programa llamado *Multilingual Computer Assisted Self Interview (MultiCASI)* a través del cual los ítems de los siguientes cuestionarios eran contestados: *The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*, *Stressful Life Events checklist (SLE)*, *Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)* y *The Composite International Diagnostic Instrument (CIDI)*. Dicho programa, permitía escuchar tanto las preguntas como los ítems en diferentes lenguas para evitar la necesidad de su lectura, en caso de que los sujetos no supiesen leer.

Como resultados se obtuvo una mayoría de participantes (96,3%) que informó de al menos una experiencia traumática desde su partida del país de origen hasta la llegada al país de acogida. Además, los resultados de los cuestionarios fueron evaluados e interpretados concluyendo que el trastorno mental que se daba con más frecuencia (43,6%) en todos ellos era el TEPT. Este estudio demuestra que los menores no acompañados son muy vulnerables a sufrir trastornos mentales debido a sus experiencias traumáticas hasta llegar al país de acogida

Por otro lado, un tercer estudio, en formato de estudio de cohortes realizada por **Norredam et. al.** (15), comparaba la salud mental de los infantes y adolescentes

refugiados acompañados y los no-acompañados que habían llegado a Dinamarca entre los años 1993 y 2010. El seguimiento de dichos participantes se realizó a través del número de identificación en el sistema nacional de salud de dinamarca que cada uno de ellos obtuvo a su llegada al país. A través de estos números se estudió la incidencia de diagnósticos de trastornos mentales, así como del ingreso de estos menores en centros sanitarios debido a un trastorno mental, y se clasificaron según la *ICD-10*.

El diagnóstico de trastornos mentales entre menores acompañados y no-acompañados era ligeramente más elevado en este último grupo así como la prevalencia de trastornos neuróticos. En cuanto al trastorno mental más común es el estrés postraumático, siendo más común en aquellos niños procedentes de Afganistán.

5.2 Depresión.

De todos los artículos seleccionados para esta revisión, solo uno de ellos hablaba de la depresión como uno de los trastornos mentales más comunes, junto con el TEPT. En este caso, se trata de un estudio transversal llevado a cabo por **Nasıroğlu et al.** (16) en el que se pretendía determinar la frecuencia de los trastornos mentales en los infantes y adolescentes procedentes de Yazidi que habían buscado refugio en Turquía. La evaluación se realizó en sus lenguas maternas a través de una entrevista semiestructurada titulada: *“Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version – Turkish Version”*. Dicha entrevista se dividió en dos secciones diferentes:

-En la primera se recopilaba información sociodemográfica de los participantes incluyendo información tanto sobre su salud como sobre sus hobbies, familia, amigos...

-En la segunda sección se evaluaron 200 síntomas y actitudes específicas en cada uno de los sujetos. Si alguna de ellas era positiva, se les realizaba una evaluación mayor (trastorno de personalidad, trastornos psicóticos, ansiedad, abuso de sustancias...)

Tras analizar los resultados, se concluye que junto al TEPT, el trastorno mental más común en estos menores era la depresión, con un 36,4% y un 32,7% de prevalencia respectivamente. Los infantes demostraron mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales como depresión que los adolescentes. Sin embargo, en el estudio se destaca la necesidad de observación en el aumento de ansiedad y depresión en los adolescentes a largo plazo.

En la conclusión, se menciona que el apoyo social en este tipo de pacientes, es fundamental, pues las experiencias traumáticas vividas a lo largo del camino son grandes factores de riesgo para sufrir trastornos mentales.

5.3 Ansiedad.

En cuanto a la ansiedad, si bien es cierto que ningún artículo seleccionado para esta revisión bibliográfica habla de ella como el trastorno mental principal, en la mayoría de ellos se señala como uno de los tres trastornos mentales más importantes.

En el estudio transversal realizado por **Derluyn et al.** (17), se pretende comparar la salud mental de los menores acompañados y no acompañados de entre 11 y 18 años refugiados en Bélgica. Para ello, todos los participantes rellenaron una serie de cuestionarios de autoevaluación siendo tales cuestionarios: *Hopkins Symptoms Checklist-37A*, *Stressful Life Events* y *Reaction of Adolescents to Traumatic Stress*.

Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir los principales resultados: características socio-demográficas y experiencias traumáticas. Tras su análisis, los datos reflejaron que aquellos adolescentes separados de sus progenitores tenían una mayor probabilidad de sufrir un trastorno mental que aquellos acompañados siendo los trastornos más frecuentes la ansiedad, el TEPT y la depresión. Concretamente, este estudio analiza los resultados discriminando por género y concluye que las niñas presentaban una mayor probabilidad de padecer ansiedad y depresión que los niños.

Además, destaca la importancia de tener en cuenta también otros factores como la perspectiva que estos adolescentes puedan tener de un futuro incierto o su situación actual en centros de acogida.

Por otro lado, **Jensen et.al.** (18) realizaron un estudio transversal en el que se estudiaron las experiencias traumáticas a las que los infantes y adolescentes refugiados en Noruega se exponían y su repercusión a nivel de salud mental. Para ello, se utilizaron los cuestionarios *Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents* y *Child Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale (CPSS)* que se completaron por ordenador en la lengua materna de cada uno de los participantes tanto de forma escrita como de forma oral.

Los datos recogidos en dichos cuestionarios indican que los trastornos mentales más frecuentes son TEPT (54%), ansiedad (30%) y depresión (27%). Además, se mencionan los traumas que suponían un mayor factor de riesgo para trastornos mentales como la

muerte de un familiar o conocido, ser testigo de un episodio violento y la guerra en sí misma. En cuanto al país de origen, aquellos menores que procedían de países Asiáticos experimentaron eventos más estresantes que aquellos que provenían de países africanos. Los resultados de esta investigación muestran que este grupo de menores habían experimentado bastantes eventos estresantes y potencialmente traumatizantes previos a su llegada al país de acogida.

Müller et al. (19) realizaron un estudio transversal a los infantes y adolescentes refugiados acompañados y no acompañados que habían llegado a Alemania entre los años 2015 y 2017. En él, se buscaban signos y síntomas de TEPT, depresión y ansiedad para evaluar el impacto de las experiencias traumáticas en la salud mental de estos sujetos y su posterior comparación entre grupos y con ello determinar qué grupo tenía más riesgo de padecer un trastorno mental. Para ello, los menores completaron de forma oral los siguientes cuestionarios: *Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)*, *Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)* y *Everyday Resources and Stressors Scale (ERSS)*. Se necesitó la participación de intérpretes para traducir las preguntas de los cuestionarios.

Tras la evaluación de los datos recogidos, los resultados totales de las experiencias traumáticas vividas fueron altos en ambos grupos. Todos habían vivido al menos una experiencia traumática, siendo las más repetidas: viajar en pateras pequeñas con mucha gente durante un largo periodo de tiempo, ser testigo de un abuso (físico o sexual) o la muerte de algún compañero del grupo. En cuanto a los trastornos mentales, los porcentajes de trastornos diagnosticados entre los menores no-acompañados eran ligeramente más elevados que los acompañados con un 64,7% de incidencia en los menores no acompañados y un 36,7% en el caso de los acompañados para el TEPT, un 42,6% y un 30% respectivamente en el caso de la depresión, y finalmente para la ansiedad, los resultados fueron de un 38,2% en los no acompañados y un 23,3% en los acompañados.

En el caso del estudio longitudinal llevado a cabo por **Vervliet et al.** (20) los sujetos eran menores refugiados de entre 14 y 17 años no-acompañados que habían llegado a las casas de acogida de Bélgica entre los años 2010 y 2011. De todos los menores informados, 8 menores no aceptaron participar en el estudio y otros 8 menores decidieron no participar tras rezlizarles la primera evaluación; 26 participantes decidieron abandonar el estudio:

11 menores entre la primera y la segunda evaluación y 15 menores entre la segunda y tercera evaluación.

El objetivo era evaluar en diferentes periodos de tiempo los resultados obtenidos por parte de estos menores para los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión así como de otros posibles trastornos. Para poder llevarlo a cabo, los sujetos rellenaron los tres mismos cuestionarios de auto-evaluación a su llegada al país, 6 meses después y, por último, 18 meses después de su llegada. Dichos cuestionarios fueron: *Hopkins Symptom Checklist-37*, *Stressful Life Events Questionnaire* y *The Daily Stressors Scale for Young Refugees*.

Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos fueron que los menores no acompañados sufren de forma común ansiedad, TEPT y depresión, así como otros trastornos mentales, independientemente del tiempo que lleven en el país de acogida. Sin embargo, la ansiedad y la depresión se ven agravadas cuantos mas factores estresantes sufran los infantes y adolescentes una vez llegados al país de acogida. Además, las niñas informaron de más síntomas de TEPT que los niños.

Finalmente, en la revisión sistemática realizada por **Huemer et al.** (21) en la que la población diana eran los menores no acompañados llegados a Europa entre los años 1998 y 2008 desde cualquier parte del mundo para analizar su salud mental. Para la selección de dichos artículos se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycINFO, Medline y PubMed con especial atención en aquellos artículos que hablaban del TEPT, se seleccionaron 22 artículos al respecto.

Tras analizar la literatura seleccionada, los resultados indican que los menores no acompañados son un grupo muy vulnerable a sufrir trastornos mentales y que la edad y el género son factores importantes que influyen en gran medida siendo los más pequeños y las niñas los grupos más vulnerables a sufrir estrés postraumático.

5.4 Otros trastornos detectados.

Además de estos, otros trastornos fueron detectados como la enuresis, trastornos afectivos, insomnio, fobias...(14,16) Todos ellos asociados al diagnóstico principal de trastorno mental y relacionados con las experiencias traumáticas que todos los menores sufren hasta su llegada al país de acogida.

5.5 Diferencias entre países.

Al comparar entre países los trastornos mentales más comunes, se observa que no hay una gran diferencia entre estos y que generalmente se diagnostican los mismos trastornos, con algunas excepciones como en Noruega y Reino Unido (13,14), donde el TEPT es el trastorno mental más destacado. Generalmente, los tres trastornos mentales (TEPT, depresión y ansiedad) se diagnostican con bastante frecuencia en todos los países de acogida, por lo que no se puede hacer una discriminación por países y trastornos mentales.

Sin embargo, si que existen diferencias destacables entre las intervenciones que cada uno de los países realizan. En Turquía, se ha optado por una política de puertas abiertas desde la guerra de Siria, que comenzó en 2010 (16). Además, se garantiza por parte de la Ley de Protección de menores turca que a todos los menores, independientemente de su nacionalidad, se les proporcionará protección y refugio.

La constitución alemana establece que se debe proporcionar el derecho de asilo a cualquier individuo que llegue al país, por lo tanto, toda persona que llega refugiada al país debería ser reubicada en alguno de los 16 estados federados alemanes. No obstante, el número de refugiados ha aumentado bastante desde 2015, especialmente el de los menores refugiados (22.255 en 2015 frente a los menos de 2.000 que llegaban cada año hasta 2013) (19). Previo a este aumento, los menores en Alemania eran perfectamente atendidos por el sistema sanitario, así como por el educativo. Se les ubicaba en centros de acogida, donde se les enseñaba la lengua y se les hacía un seguimiento por parte de los sanitarios. Actualmente, la situación ha cambiado y a pesar de que se han abierto centros para tratar la salud tanto física como psicológica de estos niños, es insuficiente para el número de infantes y adolescentes que llegan al país.

Debido a que Reino Unido ya había declarado una política restrictiva en la admisión de refugiados previa al notable aumento de 2015 en Europa de personas que buscaban asilo, no sufrió una notable diferencia, comparada con el resto de países de la Unión Europea. En este país el *National Asylum Support Service* (NASS) es el encargado de reubicar a todos los menores refugiados que llegan al país. Además, se encarga de proporcionarles atención psicológica por parte de personal especializado que habla varios idiomas, para facilitar la comunicación.

En el caso de Noruega (14),(18) durante los últimos años, el número de refugiados que han acudido a este país ha sido relativamente estable, sin ningún aumento destacable.

Diferentes organizaciones de este país se encargan de la salud de los refugiados como *The Norwegian Centre for Minority Health Research* (NAKMI) y *The Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies* (NKVTS) cuyos propósitos principales es el apoyo de expertos a estos refugiados (especialmente los menores de edad) en casos de trauma, violencia o abusos.

La situación de los menores refugiados en Estados Unidos es bastante diferente. A los menores no acompañados que buscan refugio en los Estados Unidos se les garantiza una audiencia en un tribunal de inmigración, pero no tienen derecho a un abogado de oficio. Por otro lado, los niños que viajan con sus padres corren el riesgo de ser sometidos a una deportación rápida, una separación de estos o de pasar meses detenidos.

Cada uno de los diferentes estudios seleccionados para esta revisión ha utilizado diferentes variables que se han analizado (ver **Tabla 3.**) con la finalidad de comparar las características de las poblaciones a estudio.

Todos los estudios suman un total de 14.737 menores refugiados entre los cuales los países de origen más comunes eran Afganistán y Somalia. Excepto uno de ellos, todos los estudios presentaban descripciones y cálculos de las experiencias traumáticas vividas, relacionadas con los trastornos de salud mental que sufren estos menores.

6. DISCUSIÓN

Para comprender la dificultad de establecer una relación entre los trastornos mentales y la migración cabe señalar la escasez de estudios epidemiológicos actualizados y con una metodología bien diseñada, en los países de origen de los infantes y adolescentes refugiados, estando la mayoría de ellos realizados en población de países europeos o norteamericanos. Esto implica que la posibilidad de realizar un análisis adecuado del antes y el después de la migración sea muy escasa, con lo que no puede determinarse en qué grado los problemas actuales de salud mental han aparecido nuevos o ya existían previamente.

Los trastornos mentales más comunes que los menores sufren una vez llegados al país de acogida son el TEPT, depresión y ansiedad. Es esencial que estos problemas se aborden lo antes posible, ya que los niños siguen sufriendo incluso después de llegar y estar en un ambiente sano y salvo en el país de acogida (13,20). A pesar de que pasen varios años tras la exposición de estos sujetos al conflicto bélico, no hay que descartar la

aparición tardía de alguno de estos trastornos en menores que, poco tiempo después de su llegada al país de acogida y tras su evaluación psiquiátrica, no los sufren.

Son varios los autores que mencionan como factores de riesgo de los menores refugiados para sufrir TEPT el haber sentido su vida amenazada, la pérdida de uno o ambos progenitores o el ser testigo de una situación de violencia (14,15,17). Existe un mayor impacto en la salud mental de las chicas (16,21), lo que sugiere que existen algunos factores de riesgo o protectores relativos al sexo que lo puedan incrementar o disminuir.

Los resultados indican que tanto las experiencias traumáticas como los factores estresantes tienen un gran impacto en la salud mental de los menores refugiados tanto acompañados como no-acompañados (16,18,19). Por lo tanto, ambos factores deben ser considerados como importantes en esta población y deben ser abordados (13).

Las intervenciones psicosociales por parte de los países de acogida demuestran no ser suficientes para la prevención de estos trastornos por lo que es necesario favorecer los proyectos productivos, ya que son una estrategia de recuperación psicosocial. Las actividades productivas generan autonomía y opciones de reubicación o asentamiento; pero fundamentalmente, conducen a la rehabilitación de las personas y la estabilización social según indica un estudio realizado sobre la salud mental en conflictos armados (22). Muchos países, no aportan un apoyo suficiente debido al déficit de recursos humanos, dichos países deberían imponerse como reto desarrollar programas de formación para el personal de atención primaria (AP), con una visión comunitaria. Para conseguirlo, organizaciones más grandes deberían: priorizar el tema de las consecuencias psicosociales de los conflictos armados, brindando asesoría para enfrentar la problemática; desarrollar la coordinación multisectorial e interinstitucional; difundir la información de experiencias con este tipo de menores; y apoyar los procesos de formación y recalificación del personal sanitario. Respecto a este tema, la psicóloga Mercedes Díaz publicó una revisión (23) en la que habla de la importancia de la implicación por parte de los sanitarios en la salud mental de estos menores, pues el desplazamiento puede acarrear trastornos a muchos niveles con consecuencias específicas en los más jóvenes y con el apoyo y la ayuda de los sanitarios formados, estos trastornos podrían tratarse de forma más temprana evitando así una mayor repercusión en su día a día.

En España, la pobreza afecta con mayor intensidad a los infantes de origen migrante. En 2014, el 59,3% de los menores con al menos un progenitor no europeo, vivía en

situación de pobreza y exclusión, como afirma un estudio realizado por *Save the Children* (24). Teniendo en cuenta el papel que juega Melilla como puerta de entrada de solicitantes de asilo en el contexto de la actual crisis de refugiados, se ha creado dentro del Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes (CETI) un espacio infantil donde realizar actividades de ocio y tiempo libre adaptadas a los diferentes menores. Sin embargo, el Estado español no está cumpliendo con sus obligaciones legales respecto a estos grupos; está vulnerando algunos de los derechos tanto por acción como por omisión (25,26).

A diferencia de los países de la Unión Europea (UE) que decidieron cerrar sus fronteras en el verano de 2015 tras el gran aumento de refugiados, Canadá calculó que podría acoger a 25.000 personas y fue capaz de identificar, tramitar las solicitudes y trasladar ese número de personas en apenas tres meses hasta su país y reubicarlos allí. Según señala el Dr. McKenzie, psiquiatra del centro de Adicción y Salud Mental de Ottawa, ya que las personas, y en concreto los menores, refugiados tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental, los planes del gobierno canadiense para instalar inmediatamente a los refugiados en sus comunidades de acogida suponen una medida muy apropiada (27).

Por otro lado, el miedo al estigma de los trastornos mentales aparece mencionado en varios de los diferentes estudios (16,18,20), por lo que en algunos casos la participación no fue demasiado alta y por consiguiente los resultados no se pueden generalizar por completo.

7. CONCLUSIÓN

Las enfermedades mentales más comunes son TEPT, depresión y trastorno de ansiedad, aunque los porcentajes varían dependiendo del sexo y la edad de los menores. Además, el TEPT aumenta la probabilidad de otras enfermedades mentales. Los niños expuestos a experiencias traumáticas, además del riesgo de padecer alguno de estos trastornos mentales, presentan mayores dificultades para dormir, enuresis, agorafobia y duermen con más frecuencia junto a sus padres, que los que no han sido expuestos.

Tanto España, los países de Europa, como los del resto de los países del mundo, se han olvidado de que se trata de niños y niñas y sólo ven a migrantes que saltan vallas y cruzan fronteras de forma ilegal consintiendo por ello que se produzcan violaciones de derechos y desprotección. Se les trata en primer lugar como migrantes y después, como menores, olvidando que necesitan y tienen derecho a un trato diferente al de los adultos, por su especial vulnerabilidad como menores de edad. Estos países deberían seguir el ejemplo

de Canadá que ayuda a reasentar a estos menores, garantiza fronteras seguras, sin obligar a nadie a hacer un viaje peligroso y lleno de obstáculos.

Teniendo en cuenta que el impacto en la salud mental puede suceder en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo, el problema que existe es que no todos los países conocen ni cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a este problema de una forma óptima y adecuada. Al demostrarse la insuficiencia de recursos en los países de acogida debidos a la falta de fondos y el aumento creciente de refugiados, se necesitan políticas de migración que ayuden a disminuir el impacto que tienen los factores estresantes en la salud mental de los menores refugiados. Esto podría conseguirse con medidas eficaces que garanticen la protección de los infantes y adolescentes en proceso de migración, ya que existe una absoluta ausencia de medidas de protección que puedan prevenir abusos de los derechos de los niños que tienen consecuencias tan graves en la salud mental de éstos.

Además, se necesitan más exámenes de salud mental tanto en los países de origen, como en los campos de refugiados y los países de acogida con el fin de detectar de forma más precoz y tratar los posibles trastornos mentales. En este tipo de sujetos, es imprescindible escuchar sus inquietudes y crear espacios de juego y centros de reunión en los que puedan expresarse también de forma física para analizar sus comportamientos.

Cada infante o adolescente migrante y desplazado es único, y la simple etiqueta de migrante o refugiado puede causarle graves perjuicios para su adecuada integración en el país de acogida conviene adoptar una actitud inclusiva, flexible y fuera de prejuicios de imágenes predefinidas.

A pesar de que se ha avanzado bastante en este campo, se necesitan más conocimientos e investigación en el campo del cuidado de la salud mental, el trabajo social y los procesos de asilo de los niños refugiados para establecer herramientas que mejoren esta situación.

8. REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. 2015; Available at: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- (2) Doyal L, Gough I. Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Icaria; 1994.
- (3) Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. Actas españolas de Psiquiatría 2011;39(1):1-11.
- (4) Plumed Moreno C. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. España: Universidad Pontificia Comillas; 2013.
- (5) Organización Mundial de la Salud. OMS | ¿Cómo se pueden promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales? 2015; Available at: <http://www.who.int/features/qa/43/es/>. Accessed Feb 12, 2019.
- (6) ACNUR. Migrantes y refugiados, ¿qué diferencia hay? 2018; Available at: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/migrantes-y-refugiados-que-diferencia-hay-acnur-responde>.
- (7) UNICEF. Desarraigados. Una crisis creciente para los niños refugiados y migrantes. Resumen y conclusiones fundamentales. 2016.
- (8) Robinson M. Childhood in the shadow of war. Voices of young Syrians. Save the Children 2015 Nov 30;48-51.
- (9) Anagnostopoulos DC, Heberbrand J, Eliez S, Doyle MB, Klasen H, Crommen S. European Society of Child and Adolescent Psychiatry: position statement on mental health of child and adolescent refugees. European Society of Child and Adolescent Psychiatry 2016 Jul;25(7):673–676.
- (10) Unit, Por Anna Skeels | Humanitarian Technical, Children St. ¿Qué necesitan los niños refugiados? ¡Pregúnteles! 2015; Available at: <http://sowc2015.unicef.org/stories/innovation-at-the-margins-an-alternative-refugee-protection-process-for-children/?lang=es>. Accessed Apr 28, 2019.
- (11) Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. Arch Dis Child 2002 Nov;87(5):366-370.
- (12) de Celis Sierra M. La atención a la salud mental de los refugiados en los países de acogida: los ejemplos de Alemania y Canadá . Clínica Contemporánea 2016;7(2):159-161.
- (13) Bronstein I, Montgomery P, Dobrowolski S. PTSD in Asylum-Seeking Male Adolescents From Afghanistan. International Society for Traumatic Stress Studies. 2012 Oct;25:551-557.

- (14) Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum- Seeking Adolescents in Norway. *Clinical practice and epidemiology in mental health* : CP & EMH 2014;10(1):53-58.
- (15) Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018 Apr;27(4):439-446.
- (16) Nasıroğlu S, Çeri V. Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2016;12:2941-2948.
- (17) Derluyn, Ilse, Ph.D|Mels, Cindy, Ma.Educ|Broekaert, Eric, Ph.D. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2009;44(3):291-297.
- (18) Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2015 Jan;20(1):106-116.
- (19) Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzenberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2019;13(1):8-13.
- (20) Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 May;23(5):337-346.
- (21) Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2009 Apr 2;3(1):13.
- (22) Miranda CT. La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud* 2002 Dec 1;22(Sup2):337-46.
- (23) Díaz M. Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apuntes de Psicología*; 2017. p. 83-91.
- (24) Marcos L, Perazzo C. Menores extranjeros no acompañados, víctimas de trata y refugiados en España. 2016 Jun,.
- (25) Defensor del pueblo. Atención específica a menores extranjeros no acompañados, solicitantes de protección internacional, en Melilla. 2016 Feb,.
- (26) Artículo 10.3 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. (En BOE A-1996-1069).
- (27) CEAR. Una mirada hacia el sistema de asilo canadiense. Comisión Española de Ayuda al Refugiado 2019.

9. ANEXOS.

TABLA 1. Metodología de la búsqueda bibliográfica.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	PERIODO DE BÚSQUEDA
PUBMED	<i>“(mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) [MeSH] AND (child* AND adolescent) [MeSH] AND (refugees or unaccompanied minor) [MeSH]”</i>	2009-2019
SCIENCE DIRECT	<i>“refugee, children, adolescent, war trauma, mental health”</i>	2009-2019
WEB OF SCIENCE	<i>“Children, adolescent, mental health, refugees, psychological trauma”</i>	2009-2019
CINAHL	<i>“(adolescents or children or young adults) AND (refugees or asylum seekers) AND (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) AND (war trauma, psychological trauma, secondary trauma)”</i>	2009-2019
SCHOLAR GOOGLE	<i>“Salud mental infantes y adolescentes refugiados”</i>	SIN PERIODO TEMPORAL

FIGURA 1. Diagrama de flujo para la selección de estudios.

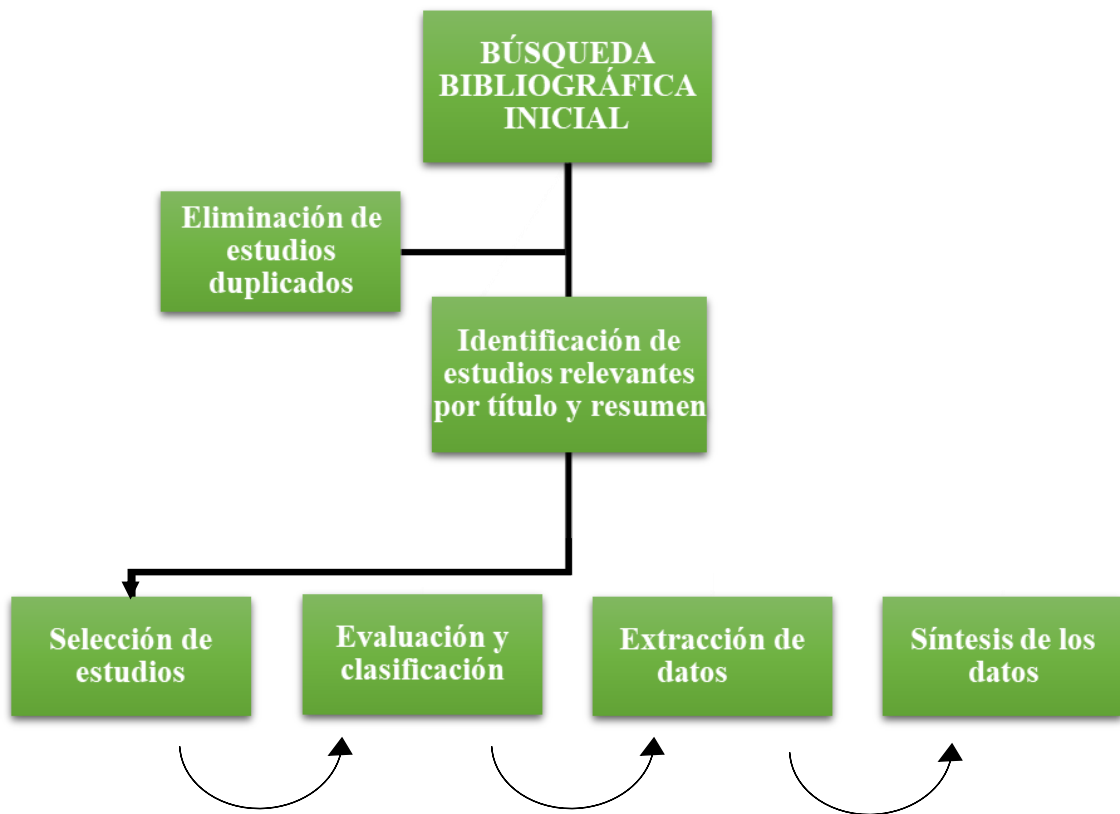


FIGURA 2. Resultados de la búsqueda.

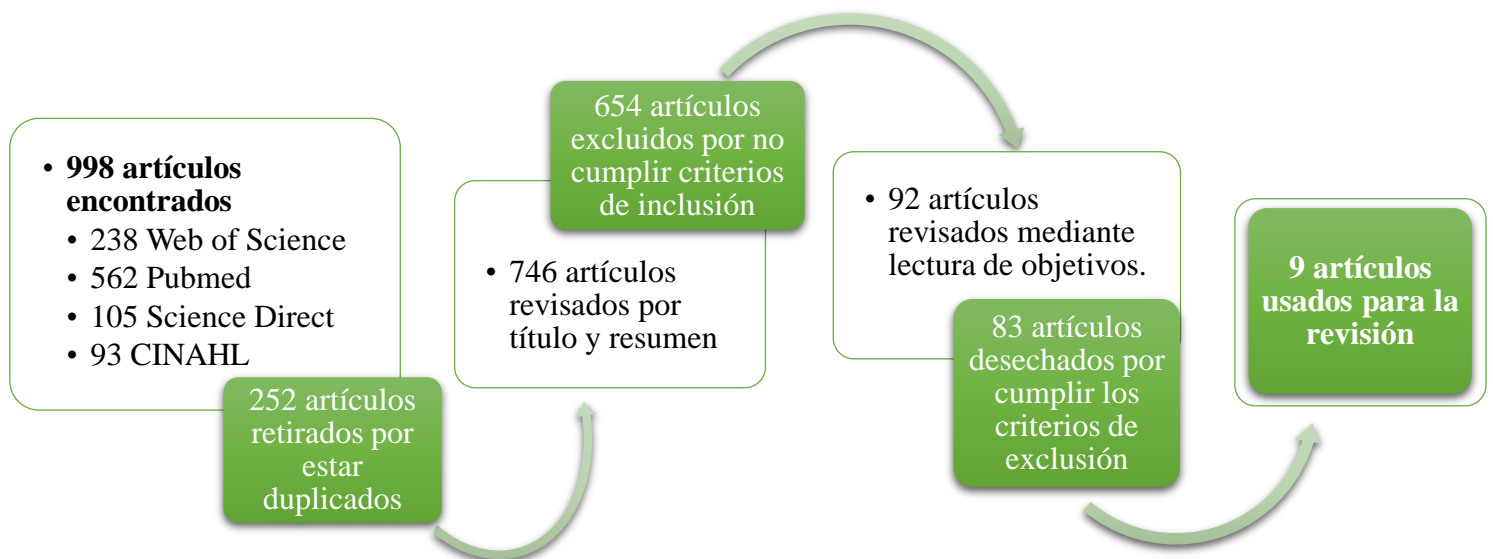


TABLA 2. Resultados y características más relevantes de los estudios analizados

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Bronstein et al. (2012)	n= 222 Menores (13-17 años) refugiados en Reino Unido masculinos, no-acompañados o separados de sus padres, de origen afgano. Ningún niño abandonó el estudio.	Estudio transversal. El estudio se llevó a cabo a lo largo de 1 año y medio.	Los menores completaron los cuestionarios para evaluar su salud mental en las casas de acogida o en los orfanatos. Los cuestionarios completados fueron sometidos a un análisis de datos de los cuales se extrajo la información útil para el estudio. Además, se realizó un análisis descriptivo de los datos demográficos que se tenían de los participantes.	- Trastornos mentales de los niños no-acompañados. -Exposición al estrés. -Trauma	- <i>The Stressful Life Events Questionnaire (SLE)</i> - <i>The Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire (RATS)</i>	Los resultados de este estudio informan que aproximadamente un tercio de los niños sufrían estrés postraumático. También indican que aquellos niños con mayor exposición a experiencias traumáticas tienen una mayor probabilidad de sufrir estrés postraumático.

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Derluyn et al. (2009)	n= 1294 Refugiados recién llegados a Flanders, Bélgica de entre 11 y 18 años que no hablaban alemán. 1 adolescente abandonó el estudio y 45 adolescentes nacidos en países del este fueron excluidos.	Estudio transversal. Los participantes contaban con un periodo de tiempo de 60 a 90 minutos para rellenar los cuestionarios.	Previo a los cuestionarios, cada uno de los adolescentes rellenó un formulario con información socio-demográfica sobre ellos mismos (género, edad, país de origen...). Los 3 cuestionarios, cuya finalidad era detectar posibles síntomas de: ansiedad, depresión, estrés postraumático... fueron rellenados de forma anónima bajo la supervisión de dos de los investigadores. Todos los cuestionarios fueron traducidos a las lenguas maternas de cada uno de los participantes.	-Trastornos mentales -Edad -Género -País de origen	- <i>The Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)</i> - <i>The Stressful Life Events (SLE)</i> - <i>The Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (RATS)</i>	Este estudio demuestra que los adolescentes masculinos acompañados experimentaron más eventos traumáticos que las adolescentes femeninas acompañadas. Sin embargo, los datos para las adolescentes no acompañadas demuestran que éstas sufren experiencias más traumáticas que los adolescentes masculinos no acompañados. En cuanto al país de origen, los más comunes fueron Marruecos (14,5%) y Ghana (10,9%).

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Huemer et al. (2009)	Menores refugiados no acompañados procedentes de cualquier parte del mundo a Europa entre los años 1998 y 2008.	Revisión sistemática. Metaanálisis. 22 artículos. Tipo de estudios incluidos: -Estudios de cohortes. -Estudios cuantitativos y cualitativos. -Estudios longitudinales.	Se realizó una búsqueda sistemática menores refugiados no-acompañados por todo el mundo para analizar si éstos eran más vulnerables a sufrir trastornos mentales. Para ello, se evaluó la salud mental de los menores refugiados no-acompañados y la de otros menores sí acompañados o aquellos que no eran refugiados. La investigación fue realizada por dos revisores que analizaron de forma cruzada el contenido de los estudios incluidos y extrajeron los datos relevantes en una base de datos separada.	Trastornos mentales de los niños no acompañados. Vulnerabilidad de los menores no acompañados.	- <i>Birleson Depression Self-Rating Scale</i> - <i>The Impact of Event Scale (IES)</i> - <i>The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)</i> - <i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents</i> , - <i>Stressful Life Events (SLE)</i> - <i>Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (RATS)</i> - <i>The Child Behavior Checklist</i>	Los resultados indican que los menores no acompañados son un grupo muy vulnerable a sufrir trastornos mentales. En varios estudios se concluía que las niñas y los menores más pequeños eran los grupos más vulnerables a sufrir estrés postraumático.

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Jakobsen et al. (2014)	n= 160 Adolescentes masculinos de entre 15 y 17 años refugiados en Noruega procedentes de Afganistán y Somalia. Ningún sujeto abandonó el grupo	Estudio transversal. Las entrevistas se realizaron de forma semiestructurada 4 meses después de su llegada a Noruega.	En primer lugar, los participantes completaron un informe con información demográfica: país de origen, edad, años escolares y si sus padres estaban vivos o no. Tras esto, los adolescentes completaron a través de ordenadores 4 cuestionarios que fueron combinados en uno solo, disponible en cada una de sus lenguas maternas. Dicho cuestionario evaluaba una serie de ítems que permiten el diagnóstico de diferentes trastornos mentales como: TEPT, ansiedad, depresión...	-Trastornos mentales -Situaciones vitales estresantes.	- <i>The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)</i> - <i>Stressful Life Events checklist (SLE)</i> - <i>Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)</i> - <i>The Composite International Diagnostic Instrument (CIDI)</i>	La mayoría de los participantes (96,3%) informó de al menos una situación estresante, siendo las más comunes: riesgo de muerte, abuso físico y pérdida de un ser querido. Los trastornos mentales diagnosticados de forma más común entre los participantes fueron: estrés postraumático seguido de episodio depresivo mayor, agorafobia y ansiedad generalizada.

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Jensen et al. (2015)	<p>n= 93</p> <p>Menores de entre 10 y 16 años no-acompañados que buscan asilo en Noruega .</p> <p>Los participantes provenían de 14 países diferentes.</p> <p>Ningún participante abandonó el grupo.</p>	Estudio transversal.	<p>Los cuestionarios se completaron por ordenador en la lengua materna de cada uno de los participantes tanto de forma escrita como de forma oral.</p> <p>El primer cuestionario relleno evaluaba el nivel de ansiedad de los participantes. El segundo evaluaba los síntomas de estrés post traumático.</p> <p>Ambos cuestionarios hacían referencia a síntomas que los participantes hubiesen tenido o no, durante las 2 últimas semanas.</p>	<p>-Trastornos mentales.</p> <p>-Situaciones estresantes.</p> <p>-Edad.</p> <p>-Género.</p> <p>-País de origen.</p>	<p>- <i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents.</i></p> <p>- <i>Child Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale. (CPSS)</i></p>	<p>La mayoría de los participantes (68%) informaron que la situación más estresante a la que se habían expuesto había sido la muerte de alguien cercano (padre, madre, hermano/a...) otro de los eventos fue el abuso sexual, aunque en un menor porcentaje (10%).</p> <p>No se detectaron grandes diferencias entre géneros, salvo en el ítem de evitación en la escala CPSS, donde las chicas mostraban un nivel más alto de evitación ($t = -2.041$, $df = 78$, $p = .045$).</p>

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Müller et al. (2019)	<p>n= 112</p> <p>Infantes y adolescentes acompañados y no acompañados refugiados que habían llegado a Alemania entre 2015 y 2017.</p> <p>10 adolescentes no se presentaron, a 4 menores no les fue permitido participar en el estudio por parte de sus tutores legales.</p>	<p>Estudio transversal.</p> <p>Los cuestionarios se completaron de forma oral.</p>	<p>Los investigadores aclararon en una primera entrevista los objetivos del estudio así como la particularidad de éste, siendo voluntario, totalmente anónimo y con la opción de abandonarlo si lo necesitaban.</p> <p>Se utilizaron 3 cuestionarios diferentes para evaluar el trauma y el tipo de trastorno mental que estos niños sufrían. Las preguntas, en lugar de ser contestadas por escrito, fueron preguntadas de forma oral. Además, se rellenó otro cuestionario a parte con las características socio-demográficas de cada uno de los participantes.</p>	<p>- Experiencias traumáticas vividas.</p> <p>-Trastornos mentales</p>	<p>- <i>Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)</i></p> <p>-<i>Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)</i></p> <p>-<i>Everyday Resources and Stressors Scale (ERSS)</i></p>	<p>Los resultados totales en cuanto a experiencias traumáticas fueron altos en ambos grupos. Todos habían experimentado al menos 1 experiencia traumática, especificando hasta 9 diferentes entre todos ellos.</p> <p>En cuanto a trastornos mentales, los resultados indican que el trastorno mental más frecuente en ambos grupos es el estrés postraumático, siendo los no-acompañados más propensos (64%) que los acompañados (36%).</p>

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Nasiroğlu et al. (2016)	<p>n= 55</p> <p>Infantes y adolescentes refugiados en los pueblos de Batman, Turkía.</p> <p>Ningún menor abandonó la investigación.</p>	<p>Estudio transversal.</p> <p>Las entrevistas se realizaron en las casas de acogida de los menores.</p>	<p>Se realizaron unas entrevistas para evaluar el estado de la salud mental de los infantes y adolescentes refugiados que procedían de Yazidi 9 meses después de su llegada a Turkía.</p> <p>Las entrevistas fueron realizadas por dos pediatras que hablaban Kurmanji, el idioma de Yazidi. Dichas entrevistas fueron realizadas según las recomendaciones: en el caso de los infantes, primero con sus padres y luego con ellos mientras que en el caso de los adolescentes, primero con ellos y luego con sus padres.</p>	<p>-Salud mental.</p> <p>-Género.</p> <p>-Edad.</p> <p>-Factores de riesgo pre y post migración.</p> <p>-Factores protectores pre y post migración.</p>	<p>-<i>The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime</i></p> <p>-<i>Tests X²</i></p>	<p>Se encontró como factor de riesgo para sufrir depresión la edad del menor (mayor cuanto mas pequeño), no ser hijo único y ser testigo de violencia.</p> <p>De entre los 55 participantes, 32 fueron clasificados como infantes (6-12 años) y 23 como adolescentes (13-17 años). Las respuestas de ambos grupos a las preguntas se analizaron con <i>Tests X²</i>.</p>

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Norredam et al. (2018)	<p>n=12698 menores</p> <p>Menores migrantes que obtuvieron la residencia en Dinamarca entre enero de 1993 y diciembre de 2010.</p> <p>9339 niños refugiados fueron excluidos a lo largo del estudio por causas de muerte o emigración.</p>	<p>Estudio de cohortes.</p> <p>2 grupos: -GE = 1252 infantes no-acompañados -GC= 11446 infantes acompañados</p> <p>Se realizó un seguimiento hasta que los sujetos cumplieron la mayoría de edad.</p>	<p>El seguimiento se realizó a través del número de identificación personal que cada migrante adquiere al recibir el permiso de residencia en Dinamarca.</p> <p>A través de estos números se estudió la incidencia de diagnósticos de trastornos mentales como: esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos neuróticos. Así como el ingreso de cualquiera de estos menores en centros sanitarios debido a cualquier trastorno mental.</p>	<p>-Trastorno mental</p> <p>-Género</p> <p>-País de origen</p>	<p>Datos recogidos y clasificados según la <i>ICD-10</i> de trastornos mentales en la base de datos psiquiátrica central de Dinamarca.</p>	<p>Ambos grupos fueron diagnosticados con trastornos mentales siendo el porcentaje en menores acompañados (7%) ligeramente inferior que el de menores no-acompañados (11.3%).</p> <p>Este estudio de cohortes destaca también la diferencia significativa de géneros en los menores acompañados y no acompañados ($p < 0.001$), pues las chicas constituían un 47,1% de los menores acompañados, mientras que de los no-acompañados eran solo un 26,6%.</p>

ESTUDIOS	PARTICIPANTES	DISEÑO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
Vervliet et al. (2013)	n= 103 Menores entre 14 y 17 años. 119 niños y adolescentes no-acompañados que habían llegado a los centros de acogida en Bélgica entre agosto y octubre de 2009 y julio de 2010 y febrero de 2011 fueron informados del estudio.	Estudio longitudinal. Se realizaron 3 evaluaciones: a su llegada, 6 y 18 meses después de su llegada al país de acogida. Entre evaluaciones, se realizó al menos una llamada para fomentar su participación en el estudio.	Se realizaron un total de tres evaluaciones (T1, T2 y T3). Los menores tuvieron que rellenar un cuestionario socio-demográfico en la primera evaluación, así como 3 cuestionarios de auto-evaluación que se repitieron durante las 3 evaluaciones. Las evaluaciones se realizaban allí donde cada uno de los participantes vivía o donde ellos decidiesen que ésta debía realizarse.	-Salud mental de niños refugiados no acompañados - Características socio-demográficas -Experiencias traumáticas agravantes -Género -Factores estresantes	<i>Cuestionario Socio-demográfico</i> (edad, género, país de origen ...) Cuestionarios de auto-evaluación: <i>-Hopkins Symptom Checklist-37.</i> <i>-Stressful Life Events Questionnaire.</i> <i>-The Daily Stressors Scale for Young Refugees.</i>	La media de factores estresantes aumenta a medida que los niños pasan más tiempo en el país de acogida, debido a discriminaciones por otros niños. Los niños no-acompañados sufren de forma más común ansiedad y depresión, entre otros trastornos mentales, independientemente del tiempo que lleven en el país de acogida. Sin embargo, estos dos trastornos se agravan a medida que los niños sufren más factores estresantes en éste país.

TABLA 3. Análisis de las variables a estudio.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	EDAD DE LA POBLACIÓN	GÉNERO	PAÍS DE ACOGIDA	TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES
Israel Bronstein Paul Montgomery Stephanie Dobrowolski	PTSD in Asylum- Seeking Male Adolescents From Afghanistan.	Journal of Traumatic Stress, 2012	Adolescentes	13-18 años	Masculino	Reino Unido	<u>Estrés postraumático</u>
Ilse Derluyn Cindy Mels, Ma.Educ Eric Broekaert	Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents	Journal of Adolescent Health, 2009	Infantes y Adolescentes	11-18 años	Femenino y masculino	Bélgica	<u>Ansiedad</u> <u>Depresión</u> <u>Estrés postraumático</u>
Julia Huemer Niranjan S Karnik Sabine Voelkl- Kernstock	Mental health issues in unaccompanied refugee minors.	Child and Adolescent Psychiatry and	Infantes y adolescentes	-	Femenino y masculino	Europa y Estados Unidos	<u>Ansiedad</u> <u>Depresión</u>

AUTORES	TÍTULO	REVISTA Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	EDAD DE LA POBLACIÓN	GÉNERO	PAÍS DE ACOGIDA	TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES
Elisabeth Granditsch Kanita Dervic Max H Friedrich Hans Steiner		Mental Health, 2009					<u>Estrés postraumático</u>
Marianne Jakobsen Melinda Demott Trond Heir	Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum- Seeking Adolescents in Norway	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2014	Adolescentes	15-18 años	Masculino	Noruega	<u>Estrés postraumático</u>
Tine K Jensen Krister W Fjermestad Lene Granly Nicolai H Wilhelmsen	Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum- seeking children	Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015	Infantes y adolescentes	10-16 años	Femenino y masculino	Noruega	<u>Ansiedad</u> <u>Depresión</u> <u>Estrés postraumático</u>

AUTORES	TÍTULO	REVISTA Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	EDAD DE LA POBLACIÓN	GÉNERO	PAÍS DE ACOGIDA	TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES
Floribert Müller Lauritz Rudolf Karl Phillipp Büter Rita Rosner Johanna Unterhitzenberger	Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2009	Infantes y adolescentes	Media de edad: 16,78 años	Femenino y masculino	Alemania	<u>Ansiedad</u> <u>Depresión</u> <u>Estrés postraumático</u>
Serhat Nasıroğlu Veysi Çeri	Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees	Dove Press Jornal: Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016	Infantes y adolescentes	6-17 años	Femenino y masculino	Turquía	<u>Depresión</u> <u>Estrés postraumático</u>
Marie Norredam Laura Nellums Runa Schmidt Nielsen	Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a	European Child & Adolescent Psychiatry, 2018	Infantes y adolescentes	-	Femenino y masculino	Dinamarca	<u>Estrés postraumático</u> <u>Trastorno psicótico</u> <u>Trastorno afectivo</u>

AUTORES	TÍTULO	REVISTA Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE POBLACIÓN	EDAD DE LA POBLACIÓN	GÉNERO	PAÍS DE ACOGIDA	TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES
Stine Byberg Jorgen Holm Petersen	nation-wide register-based cohort study						<u>Trastorno neurótico</u>
Marianne Vervliet Jan Lammertyn Eric Broekaert Ilse Derluyn	Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors	European Child & Adolescent Psychiatry, 2014	Adolescentes	>14 años	Femenino y masculino	Bélgica	<u>Ansiedad</u> <u>Depresión</u> <u>Estrés postraumático</u>